

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1929

THÈSE

249
No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN RAMEAUX

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Morez (Jura), le 8 Juillet 1895

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA TORSION DU GRAND ÉPIPLOON

Président : M. P. DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

07

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNEE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN RAMEAUX

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Morez (Jura), le 8 Juillet 1895

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA TORSION DU GRAND ÉPIPLOON

Président : M. P. DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

19 9

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Thérapeutique.	LŒPEP.
Hygiène.	TANON.
Médecine égale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET.	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC.	Pathologie médicale.
DEBRÉ.	Hygiène.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT.	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HEITZ-BÖYER.	Urologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE.	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU.	Pathologie chirurgicale.
METZGER.	Obstétrique.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.
MULON.	Histologie.
OBERLING.	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PHILIBERT.	Bactériologie.
QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils.	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER.	Ophthalmologie.
VERNE.	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RÉTTERER.	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LEIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MADAME BERTHE VAREILLE

Ma seconde maman.

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

LE DOCTEUR RENÉE RAMEAUX-VAREILLE

A qui je dois tout.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE VAUGIRARD
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
H. F. R. C. S.

*En hommage pour le très grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant de présider
cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR LEJARS.

*Qui représente pour moi toute l'humaine
bonté.*

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE.

M. LE PROFESSEUR CUNÉO.

M. LE DOCTEUR BOIDIN.

*En témoignage de respectueux attache-
ment et de profonde gratitude.*

M. LE DOCTEUR JULES RENAULT.

A MM. LES DOCTEURS PICOT, J. C. BLOCH, SÉNÈQUE
CHIRURGIENS DES HÔPITAUX

A MES MAITRES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE
LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE

A M. LE DOCTEUR A. AMELINE
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

*Qui nous a conseillé et guidé, en témoi-
gnage d'affectueuse reconnaissance et de
cordiale amitié.*

Introduction

Nous avons observé récemment dans le service de M. le P^r Pierre Duval à la Clinique thérapeutique chirurgicale de l'hôpital de Vaugirard un cas de torsion du grand épiploon à symptomatologie atypique et dont le diagnostic ne put être fait qu'après laparotomie. Il nous a semblé intéressant de rapporter cette observation et de reprendre à son sujet l'étude de cette affection relativement rare puisque le dernier travail publié en 1927 sur la torsion de l'épiploon ne porte que sur 122 cas.

Nous avons recherché dans les littératures française et étrangère les observations publiées pendant ces dernières années et nous avons tenté, à l'aide des vingt-cinq nouveaux cas que nous y avons trouvés et du nôtre, de préciser la description des multiples aspects que peut prendre la torsion du grand épiploon et des différents signes qui pourront aiguiller l'esprit du clinicien averti vers ce diagnostic d'exception.

Nous ne voudrions pas commencer cette étude sans exprimer notre reconnaissance émue à notre jeune maître et excellent ami le Docteur André Ameline, chef de clinique à la Faculté, pour nous avoir inspiré le sujet de

cette thèse et pour avoir dirigé nos efforts dans l'élaboration de notre travail. Nous remercions bien vivement aussi le Docteur Gatelier, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, qui voulut bien nous autoriser à publier l'observation inédite que nous apportons et M. Maximin, interne du service qui opéra le malade et nous communiqua très aimablement tous les détails de son investigation clinique et de son intervention.

Définition et Classification

Il est bien difficile de donner de la torsion du grand épiploon une définition satisfaisante. En effet les dispositions anatomiques les plus variées peuvent s'observer et si cette affection « a ses signes bien à elle et son évolution bien personnelle » (Lejars) il n'en est pas moins vrai que ses données cliniques peuvent subir de nombreuses modifications et lui faire emprunter le masque des syndromes abdominaux les plus divers : aussi son diagnostic en reste-t-il souvent malaisé.

La notion la plus importante à préciser dès le début de cette étude est *qu'un épiploon sain ne se tord pas* et qu'à la base de toutes les torsions de l'épiploon il y a toujours alourdissement par l'infiltration graisseuse, sclérose et rétractilité de l'organe dues à l'*épiploïte*. Souvent une adhérence favorise la rotation ou modifie son mécanisme.

Tant au point de vue étiologique que clinique, on peut considérer deux grandes classes de torsion de l'épiploon.

I. IL EXISTE UNE HERNIE.

Et la torsion se produit au niveau d'une épiplocèle

dans le sac herniaire. C'est la *torsion intrasacculaire* ou *intraherniaire*.

Ou bien l'épiploon adhère au fond du sac ou au collet de la hernie et il tourne en totalité autour de ses deux points fixes (insertion colique et adhérence). C'est la vraie torsion ou *torsion abdominale* ou *omento volvulus* dont nous apportons une observation inédite.

Ou bien, enfin, il existe une torsion en masse à la fois *abdominale et intrasacculaire*.

II. IL N'EXISTE PAS DE HERNIE.

Et la torsion se trouve associée :

Soit à une tumeur de l'épiploon lui-même (kyste, sarcome).

Soit à des lésions voisines (appendicite, annexite, kyste de l'ovaire à pédicule tordu, étranglements intestinaux).

Ou bien, il peut s'agir de torsion de tumeurs inflammatoires, de déplacements en masse.

Enfin toute lésion concomitante peut manquer et la torsion sera en apparence primitive.

Ajoutons qu'au point de vue strictement clinique on pourrait différencier :

Une forme aiguë,

Une forme chronique,

Et même une forme fruste où la modification anatomique n'est révélée qu'à l'autopsie (malade de Trémolières atteint d'un néoplasme pylorique).

Historique

La torsion du grand épiploon est une acquisition relativement récente de la pathologie chirurgicale puisque la plus ancienne observation connue est celle de Pierre de Marchettis publiée en 1858 dans le recueil d'observations rares de Médecine et de chirurgie. Puis parurent celle d'Oberot en 1882 et celle de Demons en 1893 chacun de ces deux observateurs croyant être le premier à signaler cette affection. En 1900 on en discute à la Société de chirurgie. De nouveaux cas sont signalés dans diverses sociétés savantes, françaises et étrangères et Vignard et Giraudeau en 1903 rassemblent les vingt cas connus jusqu'alors et les font suivre de la première revue d'ensemble qui ait paru sur ce sujet.

En 1904 Mauclore publie dans la Revue de Gynécologie plusieurs observations intéressantes. Il fait une étude histologique soigneuse de la tumeur épiploïque et publie les résultats de son expérimentation. Lejars dans un article magistral paru dans la Semaine médicale du 13 février 1907 eut, le premier, le mérite de diagnostiquer cette affection et il peut déjà affirmer que la torsion de l'épiploon « n'est plus un accident exceptionnel, ni une curiosité rare ». La même année, Lapeyre, de Tours, étu-

die le même sujet (Archives provinciales de chirurgie). Le nombre des cas connus s'élève alors à 68: Depuis cette époque les travaux se multiplient tant en France qu'à l'étranger : observation de Schoenholzer, Lirthauer, Broca, Riedel, Tuffier, Walther, Morestin, etc... Thèses de Mattraits, Barboni, Flot. Aimes de Montpellier dans son livre sur « la chirurgie du grand épiploon » (Maloine 1926) consacre un important chapitre à sa torsion et a pu réunir 122 observations. Ajoutons qu'au Congrès français de chirurgie à Paris en octobre 1927 Silhol de Marseille éclaire plus d'un point de la pathogénie de l'omento volvulus dans son rapport sur les épiploïtes chroniques et tout dernièrement signalons les observations récentes de la thèse de Desmier (1927), de Bonnet (1927), de Trojan (1927), de Mac Aulay (1928), de Mac Whorter (1928), de Magnani (1928), etc... qui, pour la plupart résument dans leur article les notions connues sur l'affection qui nous occupe.

Étiologie

Fréquence.

La torsion du grand épiploon considérée avant Lejars comme une affection exceptionnelle ne peut plus l'être aujourd'hui. Dans la littérature de ces deux dernières années nous avons trouvé plus d'une vingtaine d'observations qui avec les 122 cas réunis par Aimes portent à 150 environ le nombre des omento volvulus signalés.

Sexe.

Aimes dans sa statistique trouve les hommes plus fréquemment atteints que les femmes (dans la proportion de 75 %). Sur les 25 cas rassemblés par nous, nous trouvons presque les mêmes chiffres (15 hommes pour 10 femmes).

Age.

C'est l'âge moyen de la vie qui paraît payer le plus large tribut à la torsion de l'épiploon et la plupart des malades ont de 40 à 50 ans. Cependant Broca en a observé à 4 ans et demi, Magnani à 17 ans, Trojan à 24 ans, Michon à 73 ans, Wiener à 79 ans.

Causes prédisposantes.

La classification que nous avons tentée au début de ce travail fait pressentir toutes les causes qui favoriseront l'apparition de la torsion. Nous ne mentionnons pas l'épiploïte que nous considérons comme la cause nécessaire et indispensable à la rotation, mais :

1° LA HERNIE, que Aimes a retrouvée 93 fois sur 122 soit 80 %. La proportion que nous avons relevée dans les cas récemment publiés est loin d'atteindre ce chiffre puisque nous n'avons que 10 hernies sur 25 cas (40 %). Cet écart considérable tient vraisemblablement au fait que les opérateurs ont surtout publié les torsions de la variété la plus rare, négligeant de confier à la littérature les observations que l'on est de plus en plus amené à considérer comme assez fréquentes. Sur nos dix hernies, huit sont inguinales droites et presque toutes anciennes, confirmant en cela les données classiques sur lesquelles Aimes insiste ; une fois l'épiploon adhère à la partie interne d'une trompe de Fallope herniée dans l'éventration d'une cicatrice d'appendicectomie (Mullen), une autre fois un bouchon épiploïque adhérent est irréductible à travers un orifice d'éventration.

2° TOUTES LES CAUSES D'ÉPIPLOÏTES SONT INFLAMMATOIRES soit POST-TRAUMATIQUES, soit SPÉCIFIQUES.

Parmi les premières nous citerons toutes les lésions inflammatoires des organes tributaires de la cavité péritonéale (avec ou sans adhérences). Nous les diviserons avec Silhol en :

a) *Épiploïtes digestives* (dues à l'*appendicite* surtout et accessoirement à la *périgastrique* et à la *périduodénite*) et en :

b) *Épiploïtes gynécologiques* (annexites).

Parmi les épiploïtes post-traumatiques nous distinguerons les épiploïtes traumatiques pures et les épiploïtes post-opératoires.

Quant aux épiploïtes spécifiques elles sont tuberculeuses ou syphilitiques.

3° LES TUMEURS qui sont soit abdominales : kyste de l'ovaire (tordu ou non), grossesse (cas de Riedel), néoplasme du tube digestif (cas de Trémolières), soit dans l'épaisseur même de l'épiploon : kyste hydatique (Broca, Owen, Tuffier) ou sarcome (Chiarleoni).

Causes déterminantes.

Il est souvent difficile de démêler dans les observations la cause qui aurait provoqué la torsion ; cependant l'action des efforts et des traumatismes est indéniable dans certains cas :

Traumatisme direct sur la paroi abdominale antérieure (Cernezzi).

Effort de toux (Bayer).

Effort pour soulever un fardeau (Forgue-Lapeyre).

Course à bicyclette (Thévenard).

Un cours d'exercices de boxe, de gymnastique, de danse (Pretzsch).

Au cours d'un travail pénible (Riedel).

Une cause occasionnelle sur laquelle Lejars a insisté est le taxis. Ce rôle est bien mis en évidence dans l'observation de Guilleminet et Rollet qui ont vu éclater brusquement les accidents de torsion au cours d'une manœuvre de réduction de hernie inguinale et dans celle de Bufalini où les symptômes morbides se sont installés quelques heures après une purgation et une réduction tentée par le malade lui-même. Les bandages si souvent mal appliqués, semblent aussi avoir une grosse part de responsabilité dans les accidents intrasacculaires, par l'irritation qu'ils ne manquent pas de produire assez rapidement.

Anatomie Pathologique

Nous ferons l'étude macroscopique des lésions, ne rappelant que très rapidement l'étude histologique faite par Cornil.

Etude Macroscopique

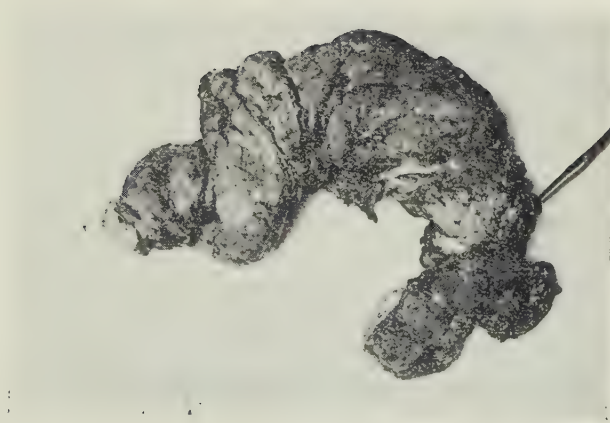
LA TORSION. — La masse épiploïque tordue est toujours hypertrophiée par de gros noyaux d'épiploïte constituant dans l'épaisseur de la membrane plissée et pelotonnée de véritables tumeurs lourdes et déclives. L'épiploon réséqué par Baracz pèse 1 kilo ; celui de Gucci 1.200 grammes. La pièce opératoire de notre cas personnel pèse 765 grammes.

La torsion est commandée par la constitution des points fixes de l'organe. S'il n'existe aucune adhérence, la tumeur ne présente qu'un pédicule à sa base d'implantation et le nombre des tours de spires est très variable : le plus souvent ce nombre oscille entre 1 et $\frac{1}{4}$; mais E. Schwarz de Rostock a trouvé chez une malade qu'il croyait atteinte de cholécystite aiguë un paquet épiploïque tordu 10 fois sur lui-même, tandis que la vésicule était intacte. Dans les cas où son extrémité distale est adhérente à un sac herniaire ou à une zone enflammée,

l'épiploon forme comme le caoutchouc d'une fronde et il se tord entre ses deux points fixes à la façon d'un foulard que l'on ferait tourner entre deux angles diamétralement opposés. Il y a dans ce cas deux points de torsion aux deux extrémités de la tumeur et la torsion progresse vers le milieu. Dans un cas de Mac Worther la masse épiploïque étranglée autour d'un pédicule répondant à peu près à sa base, juste au-dessous de l'estomac, passe devant le côlon transverse sans y adhérer, formant une tumeur de 10 cm. de large et elle s'étale ensuite vers la droite jusqu'au-dessous de l'angle hépatique auquel elle est attachée par des adhérences récentes. Si la torsion est à la fois abdominale et intrasacculaire, il existe deux tumeurs réunies par la corde épiploïque de Velpeau, partant du canal inguinal et se prolongeant dans la fosse iliaque jusqu'à la tumeur. Dans notre observation, l'épiploon est tordu en masse plusieurs fois sur lui-même. Il est fixé par une adhérence d'un demi-centimètre de diamètre environ à l'orifice inguinal interne et la portion distale est enroulée suivant son axe propre en même temps qu'elle décrit une anse dont l'extrémité remonte vers la fosse iliaque droite.

L'ÉPIPLOON.

Nous répétons que la lésion fondamentale et constante est l'épiploïte, presque toujours *chronique*. S'il y a hernie la sclérose peut n'intéresser que le contenu du sac ou s'étendre à une portion épiploïque intra-abdominale plus ou moins grande et c'est à cette épiploïte autant



L'épiploon de notre malade. — Face antérieure. — Remarquer la cordelette fibreuse unissant deux tours de spires.



Face postérieure. — Remarquer l'adhérence membraneuse réunissant les 2^e et 3^e tours de spires et les plaques nécrotiques à la partie inférieure de l'organe.

qu'à la torsion agissant par compression et stase veineuse que l'organe doit les aspects multiples qu'ont décrits les auteurs. L'épiploon est rouge sombre ou bleuâtre, épaissi, œdématisé dans le cas de Trojan. Lejars, décrivant une de ses pièces, trouve la tumeur jaune clair semée de taches noires dues à l'infiltration sanguine et parcourue de veines noirâtres thrombosées ; au centre existe une cavité pseudo-kystique remplie par un épanchement de sang noir liquide. La masse épiploïque étranglée a des colorations variables, dit Mac Whorter. Elle est exsangue, bleuâtre par places, rouge en d'autres. Une des pièces de Mullen est œdématisée, violacée et Schwarz, dans son protocole opératoire, décrit une tumeur grosse comme un petit poing, jaune verdâtre, recouverte de plaques fibrineuses adhérentes à la paroi, au foie et à la vésicule qu'elle coiffe. Dans notre observation, nous avons trouvé l'épiploon d'une couleur vineuse, parsemé de plaques granitées et de plaques na-crées envoyant des prolongements linéaires en tous sens. Nous avons pu compter à sa surface de nombreux nœuds de rétraction dus à l'entrecroisement de petites bandes fibreuses et surtout la masse tumorale présente, à de multiples endroits, de larges foyers hémorragiques. Mais la torsion, dans certains cas, peut être serrée au point d'amener l'arrêt total de la circulation artérielle et d'avoir pour conséquence la gangrène partielle ou totale du tablier épiploïque. Le pédicule peut même se rompre et la tumeur devient libre, donnant lieu soit à un corps étranger intra-péritonéal soit à un kyste sacculaire à contenu épiploïque libre.

LÉSIONS ACCESSOIRES.

La hernie. — Nous l'avons toujours trouvée inguinale droite quand il ne s'agissait pas d'éventration. Le sac peut être vide comme dans notre observation et celles de Mullen et de Bufalini, où la hernie s'était réduite au moment de la torsion. Le plus souvent il s'agit d'une épiplocèle.

L'intestin. — Les adhérences sont fréquentes à l'intestin grêle, à l'appendice, à l'S iliaque, au cul-de-sac vésico-rectal. Les déformations du côlon peuvent se rencontrer, soit en rinceau, soit en canon de fusil, le transverse venant s'accoler au côlon ascendant.

Le péritoine. — Indépendamment des adhérences pariétales déjà signalées, notons que tous les opérateurs ont trouvé, à la laparotomie, un épanchement abdominal séro-hématique plus ou moins important.

Étude microscopique

Cornil, sur la pièce de Péraire, a trouvé : « Des lésions inflammatoires de la trame épiploïque, ayant débuté par une infiltration péri-vasculaire de cellules embryonnaires : lymphocytes, cellules conjonctives jeunes, mononucléaires pour la plupart, et ayant gagné de proche en proche les parties voisines ; de plus, quelques vaisseaux paraissaient oblitérés ». Ce sont uniquement des lésions d'épiploïte. Il peut s'y surajouter des lésions de gangrène.

Pathogénie et Mécanisme

Rappelons une dernière fois, que c'est l'épiploïte qui conditionne toutes les torsions et voyons le détail des théories qui ont été émises pour expliquer la genèse de l'omente volvulus.

Dans la plupart des cas, nous l'avons dit, il y a une hernie et toutes les conditions sont remplies pour produire rapidement les lésions d'épiploïte et partant la torsion. Des noyaux pédiculés s'isolent, se comportent comme de véritables corps étrangers et « sont prêts, dit Lejars, à se déplacer latéralement et à tourner sur eux-mêmes ». Nous avons vu au chapitre de l'étiologie les causes déterminantes qui exagèrent cette tendance à l'enroulement. Il reste à expliquer pourquoi la torsion survient quelquefois sans cause externe, alors que le malade, pour une raison quelconque, a gardé le lit plusieurs jours avant l'éclosion des accidents aigus.

Théorie de Jaboulay.

« L'épiploon animé de mouvements incessants a une tendance constante à l'enroulement ». On connaît, en effet les expériences de Ricoux et de Milian, qui ayant

introduit dans la cavité péritonéale du cobaye d'un des grains de carmin en suspension dans de l'eau chlorurée tiède, l'autre des bactériidies charbonneuses, ne retrouvent plus ces corps étrangers un quart d'heure après dans la sérosité péritonéale, mais les rencontrent agglutinés dans l'épiploon où ils sont enserrés comme dans un vaste filet. Dans les plaies traumatiques, dans les incisions chirurgicales, dans les ulcérations du tractus digestif, dans les collections intra-abdominales, l'épiploon se dirige immédiatement vers la solution de continuité pour la combler et l'on a dit qu'il s'agissait de chimiotaxie positive. Mais ces deux derniers termes ne font que cacher notre ignorance du mécanisme intime de ce mouvement, car l'épiploon, on le sait, est absolument dépourvu de fibres musculaires et il est bien difficile de croire, avec Milian, aux lents déplacements de reptation en masse, comme le font certains amas de champignons unicellulaires.

Théorie de Bazy.

L'épiploon n'a pas une mobilité propre, mais une mobilité d'emprunt. Ce sont les contractions du diaphragme, les mouvements péristaltiques de l'intestin, les contractions des muscles de la paroi abdominale qui animent le tablier épiploïque et les expériences radiologiques de Héger confirment cette interprétation.

Théorie de Payr.

Cet auteur rattache la torsion à des phénomènes vasculaires (stase veineuse). Sa théorie très ingénieuse est

basée sur l'expérience suivante : si on attache un pneu en caoutchouc à une ficelle et si on le remplit d'eau progressivement, il s'allonge, se courbe et se tord en tournant autour de la ficelle. Si à la ficelle on substitue un pneu plus résistant, le pneu le plus élastique se tord autour de l'autre. Dans l'épiploon où les artères sont plus résistantes, si pour une raison quelconque une stase se produit, les veines plus sinueuses, plus élastiques vont s'allonger, emmagasiner plus de sang et s'enrouler autour des artères. La torsion est réalisée, mais elle est encore favorisée par le déplacement du centre de gravité de l'organe dû à un développement peut-être inégal des différentes portions de l'épiploon.

Théorie de Lapeyre. — « La hernie joue incontestablement un rôle prépondérant dans la genèse habituelle de la torsion, mais elle n'est pas nécessaire, ainsi qu'on l'a cru tout d'abord. Il me semble que la cause première de la torsion doive être plutôt recherchée dans une épiploïte chronique qui, non seulement augmente le poids de l'épiploon, en modifie la forme, mais crée dans son intérieur même des cordelettes scléreuses, des lanières toutes prêtes à se tordre les unes sur les autres, à s'enrouler entre elles. Cette épiploïte accentuée est constante. Elle s'explique très bien lorsque l'épiploon a contracté des adhérences, très bien encore lorsqu'il a été engagé dans une hernie. Il ne reste à expliquer sa production que dans les cas où l'épiploon s'est tordu indépendamment de toute tumeur ou de toute hernie. Remarquons que dans un cas cité par Lejars il y avait de l'ascite et

par suite évidemment des lésions inflammatoires. Aussi, je n'hésite pas à considérer l'épiploïte comme la cause essentielle du volvulus et j'observe en faveur de cette opinion qu'elle explique très bien les torsions complexes, très bien aussi les torsions en deux points ».

Ces théories renferment vraisemblablement toutes une partie de la vérité et tous les motifs invoqués par les différents auteurs concourent probablement à la formation de l'omento volvulus, mais si la pathogénie reste incertaine dans ses détails, retenons le rôle prépondérant de l'épiploïte chronique agissant aussi bien par sa sclérose rétractile que par le déséquilibre qu'elle provoque.

Étude Clinique

I. — Symptomatologie

On distingue une *forme herniaire* qui correspond à une torsion intrasacculaire et une *forme abdominale* qui correspond presque toujours à une torsion en masse et qui peut elle-même prendre différents aspects cliniques :

Forme aiguë simulant l'appendicite.

Forme chronique.

Forme fruste.

I. FORME HERNIAIRE.

Le malade porteur d'une hernie commence à souffrir brusquement au moment d'un effort. La hernie seule est d'abord douloureuse, puis des irradiations s'étendent à tout l'abdomen. Des vomissements accompagnent généralement ce début, mais ils cessent le plus souvent au bout de quelques heures. Ils peuvent, d'ailleurs, faire complètement défaut. L'arrêt des matières peut exister, mais il n'est pas constant. Les gaz peuvent passer. La température reste à peu près normale, le pouls est bon, le facies et l'état général ne sont pas très altérés. A

l'examen, on se trouve en présence d'une hernie douloureuse à la palpation, mate, tendue, irréductible si elle ne l'était pas déjà, avec un pédicule sensible formant un gros cordon dur qui remonte au-dessus de l'anneau inguinal. L'abdomen est très légèrement ballonné. Le diagnostic d'étranglement qui s'impose devant les signes physiques se tempère de signes généraux peu accentués. On est amené à penser à une épiplocèle étranglée.

II. FORMES ABDOMINALES.

A) FORME AIGÜE OU PSEUDO-APPENDICULAIRE. — On observe les mêmes symptômes, mais l'état général est plus grave et l'examen révèle une tumeur abdominale.

Le malade souvent porteur d'une hernie inguinale droite est pris brusquement d'une douleur violente dans l'abdomen. Cette douleur, accrue par les mouvements et la respiration, se fixe peu à peu dans la fosse iliaque droite et prend une acuité variable, s'accompagnant parfois de sueurs froides, pouvant aller jusqu'à la syncope. En même temps surviennent des nausées, des vomissements, quelquefois même du hoquet. Les vomissements qui n'ont été notés que dans un tiers des cas sont variables en fréquence et en abondance ; ils peuvent se teinter de sang ou prendre l'aspect porracé. On a même observé des hémorragies intestinales (cas de Eiselsberg, de Morresco). Comme dans la forme précédente il y a discordance entre ce syndrome abdominal alarmant et une température très peu élevée et le plus souvent normale, un pouls concordant avec cette température ou très légèrement accéléré, une formule leucocytaire toujours

normale, des symptômes fonctionnels souvent frustes (constipation, dysurie, douleurs vésicales).

Dans deux observations néanmoins, celle de Pollidori et la nôtre, les signes d'occlusion ont été notés au complet avec arrêt des matières et des gaz.

L'examen se localise immédiatement à la tumeur abdominale. On l'a assimilée à un plastron d'appendicite en raison de la sensation d'empâtement qu'éprouve immédiatement la main qui palpe. Généralement très sensible, allant quelquefois jusqu'à l'hypéresthésie cutanée et provoquant le plus souvent de la défense musculaire, cette tumeur paraît collée à la paroi et c'est cette apparence superficielle qui est le caractère le plus personnel, le plus important de cette affection. La masse est peu mobile transversalement, absolument immobilisable de haut en bas. Son volume est variable de la grosseur du poing à celui d'une tête. Elle peut siéger à gauche, elle peut être médiane, la plupart du temps elle est à droite. Plus rarement on la trouve au-dessus de la symphyse. Dans certains cas un gros cordon douloureux relie cette tumeur à la hernie. Le ventre est toujours météorisé. Tous ces détails sont sujets à des modifications, ou peuvent s'adjoindre d'autres phénomènes : œdèmes du scrotum ou de la région inguinale, douleurs lombaires, dysurie. La tumeur elle-même peut manquer remplacée par une simple sensation de résistance. Quelquefois l'épaisseur de la paroi a masqué son existence. L'évolution se fait généralement par crises avec accalmies plus ou moins durables, mais les crises se font de plus en plus fréquentes et douloureuses.

B) LA FORME CHRONIQUE, qui prend un jour ou l'autre l'aspect aigu, correspond à des crises de torsion incomplète ; elle se caractérise par une sensation de gêne inguino-scrotale, par des crises de constipation et des douleurs généralement sourdes avec quelques exacerbations d'intensité, de durée et de fréquence variables (observations de Lance, Trinkler, Broca).

C) LA FORME FRUSTE que Trémolières a décrite et où l'autopsie seule révéla une torsion de l'épiploon chez un malade atteint de cancer de l'estomac.

II. — Complications

Nous adopterons la classification d'Aimes qui distingue les complications infectieuses et les complications mécaniques.

COMPLICATIONS INFECTIEUSES.

Elles sont rares et ne sont représentées que par l'infection de l'épiploon étranglé qui peut créer soit des péritonites localisées, soit des péritonites généralisées. Une pancréatite suppurée observée par Symes représente une complication exceptionnelle.

COMPLICATIONS MÉCANIQUES.

Ce sont :

1° DES TROUBLES VASCULAIRES qui consistent en hémorragies gastro-intestinales dues à la compression exercée par la tumeur épiploïque sur la circulation mésentérique.

que ou à des embolies rétrogrades ou à des thromboses des veines épiploïques. La légère ascite que presque tous les chirurgiens ont trouvée à l'opération est plus un phénomène habituel qu'une complication. Elle est due autant à l'irritation péritonéale qu'à des troubles circulatoires : le volume de l'épanchement n'est jamais considérable ; certains l'ont trouvé séro-sanguinolent, d'autres nettement hématique ou noirâtre. A l'opération de notre malade il ne s'est écoulé qu'une petite quantité de liquide séreux louche. Ajoutons qu'il n'a jamais été signalé l'hémorragie interne que l'on a observée dans des torsions analogues de tumeurs abdominales.

2° LA RUPTURE DU PÉDICULE. — A la faveur d'un double processus inflammatoire et mécanique, le pédicule de la tumeur peut se rompre, surtout au niveau du collet du sac herniaire et c'est ainsi que Michon et Bonnet ont opéré chacun un kyste sacculaire exclu contenant une épiplo-cèle libre avec torsion. D'autres fois la rupture du pédicule entraîne la formation d'un corps libre intrapéritonéal voué à la gangrène.

3° DES PHÉNOMÈNES DE COMPRESSION portant sur les organes voisins. On peut observer alors soit des symptômes urinaires, si la vessie est en cause, soit une véritable occlusion intestinale due à la traction exercée par le paquet épiploïque sur le côlon transverse, ou à la formation d'adhérences amenant une coudure intestinale, ou à l'enroulement d'anses qui, fixées à l'épiploon malade, l'ont suivi dans son mouvement de rotation.

Diagnostic

Le diagnostic n'a été posé que cinq ou six fois. Nous rapportons plus loin l'observation de Pollosson et Comte où Patel fit le diagnostic exact chez un malade qui lui était adressé en vue d'un traitement radiothérapique pour un néoplasme testiculaire avec métastase ganglionnaire abdominale. Pour la commodité de notre exposé nous envisagerons avec Lejars les trois hypothèses suivantes.

I. — Il y a une hernie.

A) LA TORSION EST INTRA-SACCUCLAIRE.

Le malade attire immédiatement l'attention sur sa hernie que l'on trouvera douloureuse, mate, de consistance « souple, lobulée, finement grenue, sans élasticité, pâteuse, peu tendue et irréductible ». Il restera à différencier la torsion de l'épiploïte et de l'étranglement.

Mais l'épiploïte retentit peu sur l'état général et sur le tube digestif, les vomissements sont rares et la constipation n'est jamais absolue.

L'étranglement est beaucoup plus difficile à séparer de la torsion et pour différencier ces deux tableaux cli-

niques de sub-occlusion on ne peut compter sur aucun signe certain. Seule l'opération tranchera le diagnostic.

B) LA TORSION EST ABDOMINALE.

Le tableau est celui de l'appendicite auquel se surajoute une hernie à laquelle on ne songe guère à rapporter les accidents de la fosse iliaque (voir la troisième hypothèse).

C) LA TORSION EST EN MASSE.

L'attention est attirée ici par la brusquerie d'apparition de deux tumeurs douloureuses, l'une herniaire, l'autre abdominale réunies par la corde épiploïque de Velpeau qui fait rarement défaut.

II. Il y a un sac herniaire vide et l'on peut méconnaître cette hernie. On pensera surtout à l'appendicite dont nous ferons le diagnostic différentiel au paragraphe suivant et quelquefois à l'occlusion intestinale ou à une tumeur abdominale. Lejars qui attire l'attention du clinicien minutieux, écrit : « La constatation d'un sac herniaire ancien du même côté que la tumeur abdominale doit servir de repère ».

III. — Il n'y a pas de hernie.

On confondra alors la torsion avec l'*appendicite* et dans les observations que nous avons rassemblées cette erreur est faite dans plus de la moitié des cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA TORSION ET DE L'APPENDICITE. — Les signes communs sont nombreux : même début brusque par une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, s'irradiant ensuite à tout l'abdomen ; dans les antécédents, on trouve des crises douloureuses à droite représentant soit des crises d'appendicite subaiguë, soit des torsions incomplètes. A l'examen dans les deux cas : hyperesthésie cutanée, contracture musculaire, météorisme, mais les signes généraux et l'examen de la tumeur peuvent permettre la différentiation.

Dans la torsion on trouve dans la fosse iliaque droite une tuméfaction qui est trop volumineuse pour une appendicite relativement récente et l'état général n'est pas assez grave pour marcher de pair avec une infection appendiculaire ayant donné un abcès d'un tel volume, car au lieu d'observer un facies altéré, une fièvre élevée et persistante, une accélération marquée du pouls et une leucocytose importante on se trouve en présence d'un malade dont la température ne dépasse guère 38°, dont le pouls est presque toujours inférieur à 100 et dont la formule leucocytaire est normale. Les vomissements qui ont pu manquer n'ont jamais la gravité de ceux de l'abcès appendiculaire. Broca insiste en outre sur le fait que la tumeur épiploïque n'a pas autour d'elle l'induration inflammatoire, l'empâtement qui accompagnent obligatoirement l'abcès appendiculaire.

Malgré ces données théoriques le diagnostic n'en reste pas moins difficile et la difficulté est accrue encore lorsque, comme dans le cas exceptionnel de Patel, les deux affections coexistent.

On a pu confondre aussi la torsion de l'épiploon avec la cholécystite lorsque douleur et tumeur sont franchement sous-costales.

Avec l'occlusion intestinale aiguë dans les cas rares ou l'arrêt des matières et des gaz est complet.

Avec la torsion d'un kyste de l'ovaire ;

Avec un fibrome pédiculé à évolution intrapéritonéale sujet à des crises légères de torsion.

Et même avec la tuberculose fibroadipeuse hypertrophique de l'iléo-cæcum et toutes les tumeurs abdominales.

Pronostic

Les erreurs de diagnostic généralement commises ont fait bénéficier les malades d'une intervention le plus souvent précoce et salutaire car sur les 122 cas connus en 1926 Aimes compte moins de 10 morts. Sur les 25 nouveaux cas que nous apportons, seul le malade de l'hôpital de Vaugirard est décédé malgré une opération immédiate. Encore faut-il signaler qu'il s'agissait d'un homme de 59 ans, éthylique ancien, avec lésions hépatiques très accentuées. Les autres morts signalées ont été souvent dues à des complications extra-abdominales, pneumonie grippale (Monod), broncho-pneumonie (Bender et Heitz), délirium tremens (Lejars). Une fois un malade mourut après des hématémèses répétées. Le pronostic de la torsion opérée reste donc assez bon, mais faut-il se méfier des interventions incomplètes et le cas signalé par Eiselsberg est à ce point de vue de première importance ; il avait opéré d'une épiplocèle étranglée un homme qui mourut le lendemain de l'intervention. A l'autopsie la portion restante de l'épiploon laissée dans l'abdomen était elle-même tordue. Au cours des épiplocèles il faut donc se souvenir de la règle énoncée par

Aimes et songer à la torsion intra-abdominale si l'épiploon est altéré sans étranglement, si l'on aperçoit des tours de spires intra-sacculaires, si le palper abdominal révèle une tumeur ou si on peut sentir la corde épiploïque.

Abandonné à lui-même l'omento-volvulus peut régesser, mais il laisse constamment après lui des troubles intestinaux, des douleurs abdominales et surtout la menace d'une nouvelle torsion qui pourrait être plus grave, car — Cathelin l'a bien vu — à chaque torsion la congestion accroît le volume de la tumeur et cette augmentation de volume entraîne une nouvelle rotation. On peut dire que la tumeur s'accroît d'autant plus qu'elle se tord et réciproquement. Non opéré, le malade reste donc sous la menace d'une crise mortelle soit par gangrène, soit par une des nombreuses complications que nous avons envisagées.

Traitement

Il se résume en deux courtes phrases :

Il est exclusivement chirurgical.

Il faut opérer le plus tôt possible, assez tôt pour prévenir le sphacèle de la portion tordue. « On ne se repentira jamais d'avoir opéré tôt, et les lésions que l'on trouvera, une fois le ventre ouvert, dépasseront toujours les prévisions » (Lejars).

La détorsion a été conseillée, mais elle ne suffit pas : il faut réséquer toute la portion tordue qui est toujours profondément lésée soit par sphacèle récent, soit par épiploïte chronique. Dans les formes herniaires, il faut remonter très haut pour ne pas méconnaître une torsion élevée. La kélotomie suffit rarement dans les torsions intra-sacculaires et il est bon de s'assurer par une amorce de laparotomie qu'il n'existe pas de lésion épiploïque intra-abdominale. Il ne faut pas omettre enfin une exploration soigneuse de tous les organes de la cavité abdominale pour déceler les lésions concomitantes possibles ayant peut-être présidé à la torsion.

Observation personnelle

Le malade, âgé de 59 ans, est amené à l'hôpital de Vaugirard, le 30 avril 1929, pour une crise douloureuse abdominale avec arrêt des matières et des gaz : tableau complet de l'occlusion intestinale.

Deux jours auparavant le malade avait éprouvé brusquement une douleur en barre dans la partie moyenne de l'abdomen. Cette douleur n'était pas déchirante, mais d'intensité très supportable. En même temps des vomissements avaient apparu, alimentaires d'abord, puis bilieux. Déjà constipé depuis 48 heures, le malade n'avait émis ni selle ni gaz depuis le début de la crise. Bien que le malade soit habituellement constipé, il n'a jamais auparavant présenté même une ébauche d'obstruction intestinale. Il est porteur d'une hernie depuis l'âge de 12 ans, mais cette hernie parfaitement réductible ne lui a jamais donné d'inquiétude.

Examen du malade à l'entrée à l'hôpital. — Le malade, obèse, présente un facies très altéré. Ses pommettes sillonnées de varicosités signalent un éthylisme ancien. Son état général est franchement mauvais. Sa voix est cassée, sa langue sèche ; il respire rapidement et avec peine. Température 37°9. Pouls 80, mal frappé.

Les douleurs abdominales ont leur maximum d'intensité à l'ombilic et irradient à tout l'abdomen, mais elles sont très supportables et n'arrachent aucun cri au malade. Les vomissements fréquents sont simplement bilieux. Ils n'ont aucune odeur de putréfaction ; ils sont pénibles, accompagnés d'efforts. La constipation est absolue ; ni selles ni gaz ne sont émis. La palpation montre un abdomen tendu, ballonné, météorisé. L'épaisseur considérable de la paroi ne permet pas de sentir du péristaltisme intestinal, ni d'apprécier la présence d'une tumeur abdominale. L'examen de la région inguinale droite montre un orifice inguinal externe très élargi, mais non douloureux. Le sac herniaire paraît complètement vide.

On pose le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë vraisemblablement dû à une réduction en masse de la hernie et de son agent d'étranglement. L'intervention est décidée d'urgence : elle est pratiquée aussitôt.

Opération : Laparotomie sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un peu de liquide séreux, louche. Le grand épiploon apparaît aussitôt d'un rouge vineux, tordu plusieurs fois sur lui-même. Il est fixé par une adhérence fibreuse d'un demi-centimètre de diamètre environ à l'orifice inguinal interne. Son extrémité distale tordue aussi sur elle-même est repliée vers la droite, formant une anse dans la fosse iliaque. Section de l'adhérence. On est obligé de prolonger en haut l'incision de la paroi pour arriver à pratiquer la résection totale du grand épiploon. On vérifie rapidement le tractus

PLANCHE II



intestinal qui ne présente rien d'anormal. On ferme la paroi en un plan aux fils de bronze.

Poids de la pièce : 765 gr.

Suites opératoires : Le malade ne rend aucun gaz et l'abdomen reste ballonné. La température monte progressivement à 38°5 le lendemain de l'opération, à 39°2 le surlendemain, sans manifestation pulmonaire apparente. Le pouls présente des intermittences de plus en plus accentuées et le malade succombe le 3^e jour de colapsus cardiaque.

L'autopsie n'a pu être pratiquée, refusée par la famille.

Résumé des Observations trouvées dans la Littérature

OBSERVATION I

BUFALINI. — *Il Policlinico sez. chir.*, 15 juin 1924

Homme de 54 ans, porte à droite une grosse hernie inguino-scrotale et se plaint de troubles vésicaux. La hernie étant devenue douloureuse, le malade se purge et parvient à réduire sa hernie. Quelques heures après, les douleurs abdominales apparaissent. Θ : 38°5. Progressivement les douleurs disparaissent, mais dans la fosse iliaque droite on trouve une tuméfaction grosse comme le poing, tandis que la tuméfaction herniaire a disparu. On porte le diagnostic de torsion abdominale de l'épiploon, confirmé à l'opération.

OBSERVATION II

BUFALINI. — *Il Policlinico, sez. chir.*, 15 juin 1924

Homme, 28 ans, se présentant avec des douleurs dans le bas-ventre et des difficultés à la miction.

Cinq jours après la douleur se fixe dans la fosse iliaque droite. Θ : 39°. On fait le diagnostic d'appendicite. Dans les antécédents cependant on trouve une hernie inguinale droite

opérée antérieurement. Glace, opium, etc., les douleurs diminuent bientôt. La température devient normale. 4.000 globules blancs, et on trouve une tumeur dans la fosse iliaque droite. On opère et on trouve une masse d'épiploon adhérente alentour dont le pôle supérieur fait deux tours de spires complets. Appendice normal. Résection. Guérison.

OBSERVATION III

LOUBAT. — *Société anatomoclinique de Bordeaux,*
décembre 1924

Femme, 53 ans, laparotomisée à la suite d'accidents aigus abdominaux. A l'intervention, volumineuse masse d'épiploïte chronique intra-abdominale se continuant avec une petite tumeur d'épiploïte intraherniaire inguinale. Il n'y avait ni étranglement au niveau du collet, ni torsion du pédicule supérieur de l'épiploon. La masse d'épiploïte contractait des adhérences étendues avec le cadre colique droit et les anses grêles.

OBSERVATION IV

GUCCI. — *Rivista ospedaliera, Rome, 30 avril 1925*

Homme 34 ans, porteur depuis 4 ans, d'une hernie inguinale droite. Au cours d'un effort il ressent une douleur violente dans la fosse iliaque droite qui est suivie de la disparition de la tumeur herniaire. Quelques jours après on note une forte résistance dans la fosse iliaque droite avec douleur au point de Mac Burney et la palpation délimite dans cette ré-

gion une masse grosse comme le poing à contours mal définis. Pas de vomissement. Pas d'arrêt des matières ni des gaz.

A l'opération on trouve une masse épiploïque fortement infiltrée et adhérente aux parois de l'abdomen. Ces adhérences détachées, l'épiploon est sorti du ventre, tordu sur lui-même et présentant des phénomènes de dégénérescence. Résection. Guérison. 4 anneaux de torsion. Poids : 370 gr. Longueur : 32 cm.

OBSERVATION V

GUCCI. — *Rivista ospedaliera, Rome, 30 avril 1925*

Femme 33 ans, envoyée à l'hôpital pour appendicite, opérée d'urgence on trouve une torsion épiploïque avec 5 étranglements. Résection. Guérison. Poids : 1.200 gr.

OBSERVATION VI

MULLEN. — *Surgery. Gynecology and Obstetrics,*
n° 5, mai 1925

Homme 34 ans. Depuis 3 jours douleurs abdominales avec nausées et vomissements. Début par gêne abdominale pendant le travail. Le 2^e jour sensation de quelque chose qui se meut dans le côté droit du ventre. On y sent une tuméfaction, les symptômes s'accroissent, obligeant le malade à entrer à l'hôpital le 3^e jour. Selles journalières. Θ 38°. Pouls 104. Abdomen un peu ballonné, rigide et sensible, surtout à droite, où l'on sent une masse arrondie de 5 cm. de diamètre, dont la mobilisation un peu forte provoque des nausées. On diagnostique une appendicite aiguë avec abcès. A l'intervention, liquide sanguinolent, noirâtre, dans l'abdomen. Appendice nor-

mal. La masse est l'épiploon œdématisé, violacé, tordu. Résection. Guérison.

OBSERVATION VII

MULLEN. — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, n° 5,
mai 1925

Homme 31 ans, entre pour une douleur de la fosse iliaque droite. Depuis 10 ans, hernie inguinale droite sortant souvent, mais facilement réductible. 4 jours avant l'admission, le malade éprouve quelque peine à réduire sa hernie qui est devenue douloureuse et a augmenté de volume ; la hernie ne ressort pas, mais les douleurs continuent dans l'abdomen. Pas de vomissements. Selles régulières. A l'examen : Θ 38°4. Pouls 96. Abdomen légèrement ballonné. Masse facile à palper, molle, sensible, hyperesthésie cutanée, canal inguinal droit libre, anneau élargi, présentant une sensibilité marquée si on y enfonce deux doigts. On fait le diagnostic de hernie inguinale avec appendice enflammé dans le sac. A l'intervention, liquide sanglant sans odeur. Masse violacée apparaît formée par le grand épiploon adhérent par son extrémité inférieure à l'anneau inguinal interne et tordu à son extrémité supérieure. Appendice enflammé mais à sa place normale. Ablation. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION VIII

MULLEN. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*
N° 5, mai 1925

Femme 31 ans, se plaignant de douleurs dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Apparition périodique d'une

anse dans la partie inférieure d'une cicatrice d'une ancienne plaie opératoire pour appendicite chronique opérée il y a 6 ans ; fixation de l'utérus il y a 4 ans. Peu de mois après cette dernière intervention, petite hernie dans la cicatrice. Actuellement la douleur s'accompagne de nausées et de vomissements. Après plusieurs jours la tumeur disparaît mais la douleur persiste et les troubles fonctionnels deviennent de plus en plus graves. A l'examen, cicatrice de 10 cm. occupant à droite la partie inférieure du muscle grand droit ; à l'angle inférieur, tumeur dure, tendue, très sensible, arrondie, irréductible, la pression sur elle provoque des nausées. Pas d'autre hernie. Péristaltisme normal. On pense à une hernie de l'ovaire. A l'intervention : poche de liquide épais, chocolat où l'on trouve la trompe droite dilatée. Il semble que l'hystéropexie ait été faite avec la trompe de Fallope au lieu du ligament rond, l'épiploon adhérent à la portion interne de la trompe est plusieurs fois tordu en deux points. Ablation, hystérectomie. Guérison.

OBSERVATION IX

BONNET. — *Société de Chirurgie de Lyon* 4 juin 1925

Pièce opératoire relative à un malade chez lequel on est intervenu pour irréductibilité d'un bouchon épiploïque à travers un orifice d'éventration. L'épiploon formait une tumeur noirâtre et présentait une double torsion intrasacculaire et intra-abdominale.

OBSERVATION X

BONNET. — *Société de Chirurgie de Lyon* décembre 1925

Homme 55 ans, porteur d'une volumineuse hernie inguino-scrotale qui a présenté des signes d'épilocèle étranglée et

enflammée. L'intervention commencée sur la partie inguinale y montre un moignon épiploïque épaissi et blanchâtre. Après refoulement de ce moignon et fermeture du sac péritonéo-inguinal, intervention sur la poche scrotale qu'on pense être un kyste sacculaire exclu et infecté. On y trouve une épiploïte suppurée exclue du sac herniaire probablement à la suite d'une torsion de l'épiploon dans le cas.

OBSERVATION XI

POLLOSSON et COMTE. — *Lyon Chirurgical*, juillet, août 1925

Homme 62 ans, porteur depuis 15 ans d'une hernie inguinale droite qu'il maintient par un bandage. Dans les 3 derniers mois il avait constaté l'existence d'une tumeur du côté droit du ventre en même temps qu'il avait commencé à souffrir de douleurs épigastriques sourdes et continues avec, parfois, des crises plus aiguës sans vomissements. Depuis cette époque, il avait supprimé son bandage. Un chirurgien avait fait le diagnostic de néoplasme du testicule avec métastase ganglionnaire abdominale et conseillé un traitement radiothérapique. Patel, qui vit ensuite le malade constata dans la fosse iliaque droite une tumeur grosse comme une orange, allongée, irrégulière, mobile et dans le scrotum un testicule blindé par une vaginale épaissie et un épididyme gros et induré. La mobilisation de la tumeur abdominale entraînait le testicule. Rejetant l'hypothèse de tumeur testiculaire, il fit le diagnostic de torsion épiploïque, ce que confirma l'intervention. Ayant fait une incision de hernio-laparotomie et s'étant décidé à sacrifier le testicule, Patel libéra de bas en haut assez facilement la hernie et la masse épiploïque intra-abdominale. Fixé entre l'anneau inguinal auquel il adhérait étroitement et son insertion colique réduite à un mince pédicule, le grand épiploon était enroulé en cornet autour d'une cavité centrale.

Il avait perdu sa souplesse normale et formait une masse du volume du poing.

OBSERVATION XII

GUILLEMINET et ROLLET. — *Société nationale de médecine et des Sciences médicales de Lyon*, 2 décembre 1925

Ces auteurs présentent une pièce opératoire obtenue chez un malade porteur de hernie ancienne ayant présenté les signes d'une torsion épiploïque intra-abdominale. Le diagnostic fut vérifié à l'intervention, qui montra une torsion de la presque totalité de l'épiploon. Le malade très obèse mourut 15 jours après de complications pulmonaires. Les accidents de torsion ont commencé brusquement au cours d'une manœuvre de réduction de la hernie inguinale. Il n'a pas présenté de signes d'occlusion.

OBSERVATION XIII

MICHON. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 3 décembre 1925

Homme de 73 ans, opéré d'urgence pour des accidents rappelant l'étranglement herniaire. On trouva un kyste sacculaire complètement exclu contenant un fragment d'épiploon atteint d'inflammation, tordu plusieurs fois sur son axe et dont le pédicule s'insérait dans une dépression, sans aucune communication avec la cavité péritonéale. Les accidents semblent être en relation avec le port d'un bandage qu'avait le malade depuis quelques mois.

OBSERVATION XIV

F. R. BROWN. — *British medical Journal*, 30 janvier 1926

Homme 63 ans, douleurs localisées à la moitié droite de l'abdomen avec contracture de la paroi. On fait le diagnostic d'appendicite. A l'intervention torsion de la partie droite de l'épiploon.

OBSERVATION XV

E. SCHWARZ. — *Zentralblatt für Chirurgie*, janvier 1926

Femme de 48 ans, assez grasse, opérée en juin 1925 pour une hernie inguinale droite, volumineuse, renfermant une anse et de l'épiploon. Elle revient 5 semaines après pour douleurs abdominales aiguës survenues depuis 48 heures. D'abord généralisées ces douleurs se sont localisées à la région supérieure et droite du ventre. Celui-ci est météorisé, point de douleur très vive sous le rebord costal droit, sur la ligne mamelonnaire avec contracture des muscles. Profondément on sent une tumeur arrondie très sensible à la pression, mobile avec la respiration. On fait le diagnostic de cholécystite aiguë. A l'opération, tumeur grosse comme un petit poing, jaune verdâtre, recouverte de plaques fibrineuses, adhérentes à la paroi, au foie et à la vésicule qu'elle coiffe. Après libération des adhérences on reconnaît qu'il s'agit d'un paquet épiploïque dont le pédicule est tordu 10 fois. Vésicule biliaire intacte. Résection. Guérison.

OBSERVATION XVI

BENDER. — *Zentralblatt für Chirurgie* 8 mai 1926

Femme 39 ans, douleurs abdominales à début brusque il y a huit jours, nausées sans vomissements, ventre souple sauf

dans la région iléo-cæcale où l'on trouve une sensibilité circonscrite avec un peu de défense musculaire. Diagnostic : appendicite subaiguë. Les douleurs persistent malgré le traitement médical. A l'intervention cæcum et appendice sains. A 5 cm. au-dessus de la valvule iléo-cæcale ; sur le côlon ascendant, tumeur grosse comme une noisette, adhérente à la paroi, bleuâtre et infarcté, tumeur appendue à l'intestin par un pédicule long de 1 cm. et tordu. Ablation. Guérison.

OBSERVATION XVII

BENDER. — *Zentralblatt für chirurgie*, 8 mai 1926

Femme 36 ans, prise brusquement 2 jours avant, de douleurs dans le côté droit du ventre. Ni vomissement, ni constipation, ventre souple. A la palpation, douleur à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Diagnostic : appendicite subaiguë. Opération 24 heures après, appendice normal. Au-dessus de l'abouchement de l'iléon et en face, appendice épiploïque à pédicule très mince, tordu et gangrené. Ablation. Guérison.

OBSERVATION XVIII

HINTON. — *Archives of Surgery*, octobre 1926

Femme 28 ans, rien dans les antécédents, voit survenir brusquement 18 heures avant son entrée, des douleurs dans la région ombilicale, suivies, quelques heures après, de vomissements. Puis, les douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite. A l'entrée, douleurs généralisées à tout l'abdomen, mais plus intenses dans la fosse iliaque droite, avec légère rigidité de la paroi, aucune masse au palper ; utérus et annexes

normaux. Diagnostic : appendicite aiguë. A l'opération on ramène une masse d'épiploon gangrenée. Cæcum et appendice normaux. Vésicule examinée après prolongation de l'incision, gros calcul, cholécystectomie, masse épiploïque représente portion terminale de l'organe tordu 3 fois sur elle-même, masse gangrenée enlevée, mesurant 11 cm. × 9 cm. Guérison.

OBSERVATION XIX

POLLIDORI. — *Archivo italiano di chirurgia*, mars 1927

Femme 38 ans, sans antécédents pathologiques, présente deux jours avant son entrée, une douleur aiguë et brusque dans la partie supérieure et droite du ventre. Cette douleur va en s'exagérant de plus en plus. Arrêt des matières et des gaz. Pas de vomissements, température normale. A l'examen ventre météorisé, légère contracture, maximum de douleur et de défense dans la région sous-costale droite où l'on sent une résistance profonde et un peu de submatité. Pas de hernie. On intervient avec le diagnostic d'occlusion intestinale de cause mécanique. Les anses intestinales sont distendues avec, sous le foie, une masse constituée par les deux tiers du grand épiploon tordu sur leur insertion colique. Torsion de 2 ou 3 tours de gauche à droite, très serrée, aucune adhérence. Résection. Guérison.

OBSERVATION XX

URBANI. — *Il Policlinico sez. pratica*, 13 juin 1927

Femme 53 ans, prise brusquement de douleurs violentes au niveau de l'étage supérieur de l'abdomen. Aucun antécé-

dent morbide, ni fièvre, ni vomissements. Les matières et les gaz ne passent pas au début. On intervient 3 jours après le début des accidents, alors que l'état général est sérieux sans diagnostic précis. Le péritoine a une teinte brune, analogue à celle des épanchements sanguins de la grande cavité. On note l'issue d'une quantité appréciable de liquide séro-hématique. L'épiploon est tordu 4 fois sur sa base d'implantation et se présente avec une teinte noirâtre. Résection. Appendice sain, ainsi que vésicule qui est légèrement adhérente à l'angle hépatique du côlon. Guérison.

OBSERVATION XXI

TROJAN. — *Zentralblatt für chirurgie*, octobre 1927

Homme 24 ans, pris brusquement de violentes douleurs abdominales entre la crête iliaque droite et l'ombilic. Pas de vomissements, mais dans la fosse iliaque droite on sent une masse grosse comme le poing, très douloureuse à la pression. Θ : 37°7. Pouls à 120. Leucocytes 12.700. On pense à une appendicite avec des restrictions. A l'ouverture, un peu de liquide séro-sanguinolent. L'épiploon apparaît rouge sombre ou bleuâtre, épaissi, œdématié. Il n'adhère pas à l'appendice ni au cæcum, mais il a subi dans sa moitié droite une torsion de 360° sur son axe. Un fragment est déjà nécrosé. Résection. Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XXII

BONNET. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 27 octobre 1927

Homme 26 ans, souffrant depuis 5 jours ; à droite, on perçoit assez haut, sous le foie, une tuméfaction allongée le long

du bord externe du grand droit. A l'intervention : assez grande quantité de sérosité sanglante dans le péritoine. Appendice ascendant avec signes d'inflammation récente. Tuméfaction sus-jacente constituée par une masse épiploïque noirâtre, très dure avec adhérence pariétale au niveau de la gouttière latéro-colique ; du côté du pédicule épiploïque, nombreux tours en pas de vis. Résection. Guérison.

OBSERVATION XXIII

MAC WHORTER. — *Archives of Surgery*, février 28

Homme 55 ans, pesant 83 kg. 900, entre pour des symptômes de cholécystite aiguë. Il a fait une chute 48 heures auparavant et n'a rien ressenti pendant 4 heures, puis est apparue une douleur en une petite région de l'hypocondre droit avec crampes survenant toutes les 5 minutes et durant 3 à 4 minutes. La douleur va en croissant et en s'élargissant ; elle est accrue par les mouvements et la respiration. Ni nausées, ni vomissements, ni constipation. A l'examen, rigidité marquée dans les deux tiers supérieurs du côté droit de l'abdomen avec douleur exquise à la palpation. Pas de tumeur perceptible. Θ : 37°5. Pouls à 100. A l'opération, liquide clair dans le péritoine, à droite de la ligne médiane ; grosse masse constituée par l'épiploon tordu autour de sa base, juste au-dessous de l'estomac. L'épiploon n'a pas d'adhérence avec le côlon transverse. La masse épiploïque étranglée a des colorations variables, exsangue et bleuâtre par places, rouge en d'autres. Elle passe devant le côlon transverse et sa largeur est alors de 10 cm. environ. Elle s'étale ensuite vers la droite jusqu'au-dessous de l'angle hépatique auquel elle est attachée par des adhérences récentes. Résection au-dessus du pédicule. Guérison. La pièce opératoire mesure 11 cm. de long sur 2 cm. d'épaisseur.

OBSERVATION XXIV

MAC WHORTER. — *Archives of Surgery*, février 28

Homme 49 ans, pesant 68 kg. 900, entre avec des signes d'appendicite aiguë. Douleurs en coups de couteau dans la fosse iliaque droite, d'intensité croissante depuis 2 jours. Pas de nausées, ni de vomissements, ni de constipation. A l'examen, un peu de contracture pariétale dans la fosse iliaque droite et une douleur exquise à la palpation, remontant le long du côlon ascendant. Pas de tumeur perceptible. Il est vrai que la palpation est très malaisée. Θ 37°4. Pouls à 92. A l'opération, péritoine épais, cedématié, liquide clair en abondance, appendice congestionné et contenant un calcul fécal. On l'enlève. Ces lésions ne paraissant pas suffisantes pour expliquer les symptômes constatés. On agrandit l'incision et on tombe sur une masse du volume et de la couleur d'un rein. On la sépare aisément de quelques appendices épiploïques enflammés et on reconnaît qu'il s'agit d'un épiploon étranglé par torsion d'un pédicule répondant à peu près au milieu de la hauteur de l'organe. Résection. Guérison. Pièce opératoire mesure 14 cm. $\times$ 5 cm. $\times$ 4 cm., surface recouverte d'une épaisse couche de fibrine. Torsion d'un tour et demi.

OBSERVATION XXV

MAGNANI. — *Il Policlinico sez. prat.*, juin 1928

Jeune fille 17 ans, prise brusquement en pleine santé de douleurs très violentes dans la région droite de l'abdomen. Pas de fièvre, vomissements apparaissent le lendemain en même temps que les douleurs diminuent. L'examen provoque une défense musculaire très nette dans la fosse iliaque droite. Le point douloureux maximum se trouve un peu au-dessus du

point de Mac Burney. On pense à une appendicite aiguë. On opère. Appendice sain. A l'angle supérieur de la plaie on trouve un lambeau de grand épiploon adhérent à la séreuse pariétale et qui se continue en haut sous forme d'une languette aplatie d'avant en arrière et de coloration rouge sombre. Les adhérences de ce lambeau sont faciles à libérer. A la partie supérieure il se rattache d'une part à la séreuse pariétale un peu au-dessous du rebord costal, au moyen d'un pédicule tordu sur lui-même. Un autre pédicule également tordu s'insère sur le grand épiploon restant. Suites opératoires normales. Guérison. Examen histologique : lésions de gangrène au niveau du fragment épiploïque. Dans les antécédents : infection typhique à l'âge de 5 ans.

Conclusions

1° Les observations de torsion de l'épiploon sont de plus en plus fréquentes, même celles où il n'y a pas coexistence de hernie.

2° La torsion de l'épiploon est toujours conditionnée par l'épiploïte, le plus souvent chronique, qui suffit par sa sclérose, sa rétractilité et le déséquilibre qu'elle provoque, à expliquer la genèse de la rotation de l'organe.

3° Classiquement, on dit que la torsion de l'épiploon ne donne jamais un syndrome d'occlusion intestinale aiguë. Nous apportons une observation où, sans autre lésion, ce syndrome était au complet.

4° Cette observation confirme la difficulté du diagnostic de cette affection, qu'un examen minutieux permet cependant de différencier quelquefois :

soit de l'étranglement herniaire.

soit de l'appendicite.

suivant les cas.

5° Le traitement, qui ne peut être que chirurgical, consiste en la résection totale de l'épiploon lésé. Il ne

faut refermer la paroi qu'après s'être assuré que la portion d'épiploon laissée en place, est saine et qu'il n'existe pas de lésions associées.

Vu le Président,

PIERRE DUVAL.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

On trouvera une bibliographie importante sur la torsion de l'épiploon dans la thèse de Desmier, Paris, 1927.

Lire aussi :

AIMES A. (*de Montpellier*). — Chirurgie du grand épiploon, Maloine, édit., 1926.

ALBERT. — Deux cas de volvulus du grand épiploon. — Société belge de chirurgie, décembre 1925.

D'ALLAINES et ROUFFIAC. — Société anatomique de Paris, séance du 14 avril 1923.

ARNAUD. — A propos de recherches expérimentales sur le rôle physiologique du grand épiploon. — *Marseille Médical*, t. LXV, juin 1928.

BENDER (Tubingue). — Torsion des appendices épiploïques simulant une appendicite. — *Zentralblatt für chirurgie*, 8 mai 1926.

BLAZEK (*Varsovie*). — Un cas de volvulus du grand épiploon. — *Polski Przegląd chirurgiczny*, t. VI, fasc. 2, 1927.

BONNET. — Société de chirurgie de Lyon, 4 juin 1925.

— Société de chirurgie de Lyon, décembre 1925.

— Torsion de l'épiploon dans l'appendicite. — Société de chirurgie de Lyon, 27 octobre 1927.

BROWN F. R. — Un cas de torsion du grand épiploon. — *British medical Journal*, n° 3396, janvier 1926.

BUFALINI M. — Contribution à l'étude clinique de la torsion intra-abdominale de l'épiploon. — *Il Policlinico sez. chir.*, 15 juin 1924.

- CAFFERATA (Buenos-Aires). — Volvulus du grand épiploon. — *La Semana medica*, 15 avril 1928.
- COEN (Rome). — Sur un cas de torsion aiguë du grand épiploon. — *Il Policlinico sez. chir.*, mai 1928.
- COMTE (POLLOSSON et). — Torsion abdominale chronique du grand épiploon. — *Lyon chirurgical*, juillet-août 1925.
- COWEL. — Torsion abdominale de l'épiploon. — *The british journal of Surgery*, avril 1925.
- DESMIER. — Thèse de Paris, 1927.
- DEVLOO (Bruxelles). — Un cas de torsion de l'épiploon. — *Le Scalpel*, 16 octobre 1926.
- FOSSATI (Montevideo). — Torsion du grand épiploon. — *Anales de la Fac. de Medicina*, décembre 1924.
- GROVES (Sydney). — Torsion d'une frange épiploïque. — *The medical journal of Australia*, novembre 1925.
- GUCCI (Rome). — Le diagnostic de la torsion du grand épiploon. — *Rivista ospedaliera*, 30 avril 1925.
- GUILLEMINET (et ROLLET). — Société nationale de médecine et des Sciences médicales de Lyon, 2 décembre 1925.
- HINTON (New-York). — Torsion du grand épiploon déterminant des symptômes d'appendicite aiguë. — *Archives of Surgery*, vol. XIII, n° 4, octobre 1926.
- KOSTER (Philadelphie). — Volvulus aigu de l'épiploon. — *The American journal of the medical sciences*, août 1926.
- LAMAS (Montevideo). — Volvulus du grand épiploon. — *Anales de la Fac. de médecine*, nos 1 et 2, janvier-février 1928.
- LOUBAT (F.). — Société anatomico-clinique de Bordeaux, décembre 1924.
- MAC AULAY (Bristol). — Torsion du grand épiploon. — *The british journal of Surgery*, n° 59, janvier 1928.
- MAC WHORTER (Chicago). — Torsion du grand épiploon sans hernies. 2 cas. — *Archives of Surgery*, vol. XVI, n° 2, février 1928.

- MAGNANI. — Contribution à l'étude de la torsion du grand épiploon. — *Il Policlinico sez. prat.*, juin 1928.
- METZE (Leipzig). — Troubles tardifs causés par la gangrène de l'épiploon étranglé. — *Zentralblatt für chirurgie*, 19 juin 1926.
- MICHON. — Société de chirurgie de Lyon, 3 décembre 1925.
- MULLEN Th. F. (Pocatello). — Torsion du grand épiploon. — *Surgery Gynéco-obstetrics*, mai 1925.
- PATEL. — Torsion de l'épiploon d'origine herniaire. — Société de chirurgie de Lyon, 23 octobre 1924.
- POLLIDORI (Bologne). — Contribution à l'étude de la torsion de l'épiploon. — *Archivio italiano di chirurgia*, mars 1927.
- POLLOSSON E. et COMTE. — Torsion abdominale chronique du grand épiploon. — *Lyon chirurgical*, juillet-août 1925.
- RIBDEL (Londres). — Torsion intraabdominale primitive du grand épiploon. — *The british medical journal*, n° 3428, 18 septembre 1926.
- ROLLET (GUILLEMINET et). — Société nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon, 2 décembre 1925.
- ROUSLACROIX. — Processus congestifs et œdémateux du péritoine viscéral et de l'épiploon. — *Marseille Médical*, t. LXV, n°s 16 et 17, juin 1928.
- ROUFFIAC (D'ALLAINES et). — Société anatomique de Paris, séance du 14 avril 1923.
- SCHWARZ E. (Rostock). — Torsion de l'épiploon simulant une cholécystite. — *Zentralblatt für chirurgie*, janvier 1926.
- SILHOL (Marseille). — Rapport au 36^e congrès français de chirurgie, octobre 1927.
- SVEN JOHANSSON. — Torsion des appendices épiploïques. — *Acta chirurgica scandinavica*, décembre 1926.

TROJAN, Szeged (Hongrie). — Sur le volvulus du grand épiploon. — *Zentralblatt für Chirurgie*, octobre 1927.

URBANI. — Torsion du grand épiploon. — *Il Policlinico sez. prat.* fasc. 24, juin 1927.
